

福島県広域予防接種委託料請求書

年 月 日

平田村長様

所 在 地

医療機関名

代表者名

印

年 月 実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ￥ 円

内訳

予防接種の種類	人 数	単 価	自己負担額	金 額
三種混合		5,800		
二種混合	I 期	6,200		
	II 期	6,200		
麻しん及び風しん	I 期	10,300		
	II 期	10,300		
麻しん	I 期	7,500		
	II 期	7,500		
風しん	I 期	7,500		
	II 期	7,500		
日本脳炎	I 期	7,700		
	II 期	7,700		
B C G		11,100		
インフルエンザ	一般	5,100	1,000	
	生保	5,100	0	
急性灰白髄炎 (ポリオ)		10,400		
四種混合		11,600		
H i b 感染症		9,900		
五種混合		20,100		
小児の肺炎球菌感染症		12,100		
子宮頸がん予防ワクチン	2 債・4 債	16,800		
	9 債	29,800		
水痘		9,100		
高齢者の肺炎球菌感染症	一般	8,500	2,400	
	生保	8,500	0	
B 型肝炎		6,700		
ロタウイルス	1 債	15,000		
	5 債	10,000		
新型コロナウイルス感染症	一般	15,300	4,600	
	生保	15,300	0	
帯状疱疹 (生)	一般	8,500	2,500	
	生保	8,500	0	
帯状疱疹 (組換え)	一般	21,800	6,500	
	生保	21,800	0	
予診のみ		1,000		
計				

振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通・当座・その他	口座番号
(フリガナ)		
口座名義人		